

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes  
mellitus na UBS São José, Arroio Grande/RS**

**Sandra Milena Coronel Gonzalez**

**Pelotas, 2015**

**Sandra Milena Coronel Gonzalez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na UBS São José, Arroio Grande/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Niviane Genz

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

G643m Gonzalez, Sandra Milena Coronel

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus na UBS São José, Arroio Grande/RS / Sandra Milena Coronel Gonzalez; Niviane Genz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Genz, Niviane, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

A nossa orientadora no curso Sra. Niviane Genz

A Secretaria da Saúde do município de Arroio Grande/RS.

Ao nosso supervisor Dr. Juraci Cesar.

## Resumo

GONZALEZ, Sandra Milena Coronel. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na UBS São José, Arroio Grande/RS**. 2015. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

A hipertensão arterial é considerada um grave problema de saúde pública, pois se trata de uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ( $\geq 140 \times 90$  mmHg). Está associada a alterações funcionais e estruturais e é causa direta de cardiopatia hipertensiva. Já o *diabetes mellitus* é um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas (hiperglicemia e distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras). É geralmente associado à dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial possuindo relação direta e independente com a glicemia e doenças cardiovasculares. Diante dessa realidade, a Unidade São José do município de Arroio Grande/RS, entre os meses de fevereiro e maio de 2015, trabalhou no sentido de qualificar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da unidade. Para isso a equipe foi capacitada sobre os protocolos do Ministério da Saúde relacionados às patologias referidas, o serviço foi organizado para receber os usuários, a impressão da ficha-espelho disponibilizada pelo curso foi providenciada para realizar os registros de forma a garantir o monitoramento posterior de todos os usuários e o gestor municipal, as lideranças e a comunidade foram informados sobre a importância da intervenção para todos. Durante o período de intervenção, do total de 411 pessoas com hipertensão estimadas para a área de cobertura da unidade avaliamos e cadastramos um percentual de 25,8% (106) e dentre o total de 101 pessoas com diabetes mellitus estimadas para a área avaliamos e cadastramos um total de 21,8% (22). Realizamos exame clínico apropriado para 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhados no período. Os exames complementares foram realizados por 69,8% (74) das pessoas com hipertensão e por 81,8% (22) de pessoas com *diabetes mellitus*. Os usuários avaliados não possuíam controle de suas patologias e desconheciam a importância de possíveis complicações provenientes das mesmas. Assim, por meio da intervenção foi possível dar início ao monitoramento oferecendo consultas com agendamento prévio para alcançar o controle adequado. Também realizamos palestras educativas de promoção e prevenção à saúde na escola do bairro. Confeccionamos e entregamos aos acompanhados durante a intervenção um cartão para manterem o controle de suas consultas, exames, medicamentos e sinais vitais. Os resultados da intervenção ainda não são claramente percebidos pela comunidade. Porém, percebemos que no decorrer da intervenção, as pessoas com hipertensão e/ou com *diabetes mellitus* se sentiram mais a vontade para conversar com a equipe (médica, técnica de enfermagem e nutricionista) para tirar dúvidas e também se mostraram mais interessados e participativos nos encontros na comunidade e até mesmo durante as consultas. Com isso conseguimos criar um vínculo com os usuários e isso melhorou a qualidade do serviço em nossa ESF.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS São José do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	51
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS São José do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	51
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS São José do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	53
Figura 4	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS São José do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	53
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São José do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	55
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São José do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	55
Figura 7	Fotografia da Equipe de Saúde da ESF São José, no Município de Arroio Grande/RS, 2015.	62

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	17
2 Análise Estratégica .....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas .....	19
2.2.1 Objetivo geral .....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	19
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção .....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	48
4 Avaliação da intervenção .....	49
4.1 Resultados .....	49
4.2 Discussão .....	59
5 Relatório da intervenção para gestores .....	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	69
Referências .....	70
Apêndices .....	71
Anexos .....	73



## **Apresentação**

O presente trabalho apresenta a intervenção realizada Unidade de Saúde São José do Município de Arroio Grande/RS que teve como objetivo geral qualificar o Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos pertencentes à área de cobertura da unidade.

A realização da intervenção evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais das equipes de saúde pertencentes à unidade a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo será apresentado a análise situacional descrevendo o município ao qual pertence a unidade com descrição da mesma e uma análise do processo de atenção à saúde realizado nesta.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção e o cronograma que foi seguido para a realização da intervenção.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados e no quinto e sexto capítulos são apresentados os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E, após as referências utilizadas para o projeto e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O município de Arroio Grande está localizado próximo à Jaguarão no estado do Rio Grande do Sul. A população total é de aproximadamente 18 mil habitantes. A área urbana apresenta-se dividida em 7 bairros e a zona rural em 4 distritos. A economia do município é baseada na agricultura.

O município possui 4 Unidades de Saúde. Destas, uma é Estratégia de Saúde da Família. A Unidade de Saúde São José fica localizada no bairro São José na área urbana e atende em nível Tradicional. Possui uma equipe de saúde formada por uma técnica de enfermagem, uma nutricionista e uma clínica geral do Programa Mais Médicos (eu) e não possuímos enfermeira e nem agentes comunitários de saúde. A Unidade São José atende a uma população estimada de 2.700 usuários.

A Unidade possui uma sala para atendimento de enfermagem e uma sala para atendimento das consultas médicas. Além de prestar atendimento ao bairro São José também atende ao São Gabriel.

O horário de funcionamento da unidade é das 8h às 12h e das 13:30h às 17:30h com distribuição de fichas para o atendimento. Os atendimentos às doenças que apresentam maiores riscos à saúde sempre são priorizados e os demais são atendidos por ordem de chegada. Não realizamos acompanhamento de puericultura e nem de pré-natal na unidade. Utilizamos o prontuário para registro das informações e procedimentos realizados junto aos usuários.

Realizamos visitas domiciliares e atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas. O espaço reservado para estas atividades não

comporta um número grande de pessoas, mas há a previsão de um espaço maior para as próximas atividades.

Mensalmente recebemos a visita da supervisora da atenção básica. A partir do apoio dela foi possível a manutenção de medicamentos na unidade, disponibilização de material para a realização de exame físico (seringas, agulhas, luvas, otoscópio) bem como materiais para a realização de curativos e nebulizadores. Na próxima semana um novo supervisor assumirá a vaga de supervisor devido à impossibilidade da atual continuar na função.

Apesar da estrutura física da Unidade São José ser muito pequena a equipe é muito receptiva e sinto-me feliz com o trabalho que estou realizando. Uma sala está em construção e esperamos que em breve seja entregue bem como esperamos a formação da equipe de saúde para podermos realizar um trabalho muito mais efetivo na comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Arroio Grande está localizado na microrregião de Jaguarão, estado do Rio Grande do Sul. A população, em 2012 foi estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 18.368 habitantes, distribuídos em 2.518 km<sup>2</sup> de área.

Conforme o plano diretor vigente no município, a área urbana de Arroio Grande está dividida em regiões administrativas urbanas (bairros) e rurais (distritos). A área urbana apresenta-se dividida em bairros como Centro (Zona Central); Hospital Santa Casa (Zona Norte); Promorar (Zona Sul); São José (Zona Leste); São Gabriel (Zona Leste); Silvina Gonçalves (Zona Oeste); Getúlio Vargas (Zona Leste) e a divisão das áreas rurais (distritos) é Arroio Grande; Distrito de Mauá; Distrito das Pedreiras e Distrito de Santa Isabel do Sul.

A economia do município é baseada na agricultura. Os principais cultivos são de arroz e soja e na pecuária destaca-se a criação de bovinos e ovinos.

O município possui uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família e três são Unidades Tradicionais. Quanto à disponibilidade de atenção especializada no município, temos cobertura para especialidades como cardiologia, ginecologia, nutricionista e pediatra. O município conta com um

hospital (Santa Casa) conveniada ao SUS, com disponibilidade de exames laboratoriais e Raio X.

A Unidade de Saúde São José está localizada na área urbana, no bairro São José e possui uma equipe de saúde formada por uma técnica de enfermagem, uma nutricionista e uma clínica geral do Programa Mais Médicos (eu). A equipe ainda não possui enfermeira e nem Agentes Comunitários de Saúde e atende a uma população estimada de 2.700 usuários pertencentes a dois bairros - São José e São Gabriel. Não conhecemos quantos são do sexo feminino ou do sexo masculino. Também não conhecemos as enfermidades de cada usuário. Neste momento, a Secretaria da Saúde trabalha a fim de implantar melhorias conforme exigência do programa Mais Médicos para o Brasil.

Em sua estrutura física há uma sala para atendimento de enfermagem e uma sala para atendimento das consultas médicas, um banheiro que não é adequado para uso de pessoas cadeirantes ou com alguma incapacidade sendo o mesmo compartilhado com as pessoas da igreja (pois as salas para atendimento à população encontram-se localizadas ao fundo da igreja). O lixo é coletado pela prefeitura duas vezes na semana.

O horário de funcionamento da unidade é das 8h ao meio dia e das 13:30h às 17:30h. A demanda é atendida por meio da disponibilização de fichas (10 fichas para cada turno) havendo variação deste número conforme a necessidade do dia. Algumas consultas exigem mais tempo de atendimento como para usuários com problemas depressivos ou outra patologia que requerem uma escuta mais qualificada.

Os atendimentos às doenças que apresentam maiores riscos à saúde sempre são priorizados e os demais são atendidos por ordem de chegada. Em caso de urgência e ou emergência os atendimentos são encaminhados para o serviço especializado que possui melhores condições para prestar este tipo de atendimento.

O atendimento às consultas de puericultura, pré-natal são realizados por uma policlínica especializada com ginecologista e pediatra no bairro centro onde toda a população recorre.

Todas as informações acerca dos usuários e suas patologias são registradas em prontuário clínico. Encaminhamentos às especialidades são

realizados conforme necessidade do usuário após avaliação médica bem como solicitações para realização de exames mamográficos. Não realizamos exames preventivos do câncer de colo de útero, de mama e de câncer de próstata (estes exames são agendados na secretaria da saúde para serem realizados na Policlínica). Verifica-se em nosso município uma alta incidência dos cânceres de colo de útero e de mama.

O serviço que realiza os exames mamográficos não os quer realizar porque a solicitação dos exames é enviada por mim. Há a necessidade de colocar o nome de outro médico da rede para que este possa ser realizado.

Realizamos visitas domiciliares, especialmente às pessoas que se apresentam impossibilitadas de comparecerem para o atendimento na unidade de saúde. Nestas visitas, também são realizados curativos pós cirúrgicos.

São realizadas atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas. Inicialmente, trabalhamos com a população hipertensa incentivando-os a manterem uma dieta saudável bem como salientamos a importância da realização de atividade física. O espaço reservado para estas atividades não comporta um número grande de pessoas, mas há a previsão de um espaço maior para as próximas atividades.

Apesar da estrutura física da Unidade São José ser muito pequena a equipe é muito receptiva e sinto-me feliz com o trabalho que estou realizando. Uma outra sala está em construção e que em breve será entregue. Além disso, há a previsão de recebermos outro local com maiores e melhores condições físicas para a realização do trabalho. Ainda, assim que a equipe de saúde estiver completa poderemos realizar um trabalho muito mais efetivo com melhores resultados nos níveis de saúde da população.

Quanto à demanda espontânea acredita-se que um bom atendimento se dá por meio de uma escuta qualificada das necessidades dos usuários e do atendimento qualificado resolutivo prestado aos usuários que buscam o serviço de saúde em situações imprevistas além do atendimento estabelecido na rotina diária.

O acolhimento pode ser considerado como uma ação de aproximação entre usuários e equipe de saúde (técnica de enfermagem e médica).

Diariamente, em nosso serviço recebemos os usuários oferecendo uma atenção qualificada a estes.

Quanto à realização de acolhimento à demanda do usuário para atendimento para problemas de saúde agudos é muito freqüente. Acreditamos que com a equipe formada poderemos ofertar um acolhimento coletivo necessário, a UBS espera dar respostas a esta demanda.

A oferta e fluxo de atendimento dos usuários que demandam respostas para problemas de saúde que necessitam de atendimento no dia até o momento são atendidos sem problemas.

O processo de territorialização e mapeamento da área de atuação em nossa Unidade é realizado pela técnica de enfermagem e pela médica (eu). Como profissionais de saúde, realizamos cuidado domiciliar para os usuários que requerem atendimento dando seguimento ao tratamento das doenças. Realizamos controle de feridas cirúrgicas, curativos, nebulizações, entre outros procedimentos.

Não realizamos atividades de grupo em nossa Unidade de saúde, pois ainda não temos equipe formada e a estrutura física também não é adequada para este tipo de atividade.

Não atendemos gestantes para consultas de pré-natal e nem realizamos acompanhamento de puericultura, pois em nosso município há uma Policlínica com ginecologista e pediatra para prestar este atendimento. Assim, não recebemos estes grupos em nossa unidade.

Penso que a partir do momento em que a equipe de saúde estiver completa e as novas instalações estiverem concluídas poderemos desenvolver as atividades preconizadas pelo Programa de Estratégia de Saúde da Família, atendendo a toda a demanda da área adstrita à unidade de saúde promovendo melhoria na qualidade de vida da população.

Nas consultas e em visitas domiciliares oferecemos atividades de orientação e promoção em saúde a todas as mães, explicando a importância do acompanhamento adequado das crianças, além de oferecer orientações sobre como prevenir acidentes, violências e também sobre hábitos alimentares saudáveis.

Há uma estimativa no CAP de 740 mulheres entre 25 e 64 anos. Não entanto, desconhecemos o número de mulheres que realizam o exame citopatológico, pois os mesmos são realizados na Policlínica da cidade. Quanto ao controle do câncer de colo de útero, os profissionais de saúde da Unidade do Bairro São José (médico e técnica de enfermagem) orientam a todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais; também são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo e, ainda são realizadas ações de educação em saúde da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino que, infelizmente, não é realizado no serviço de saúde.

Os aspectos do processo que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle dos Cânceres de Colo de Útero e mama em nossa Unidade poderiam ser em um primeiro momento, o cadastramento de toda a população para poder conhecer o perfil da população pertencente à área adstrita. Assim, poderíamos organizar campanhas direcionadas para as necessidades da população.

Como estratégias para não perder o seguimento das mulheres em idade para realização dos exames preventivos (citopatológico e mamografia) poderíamos organizar uma forma de controle por meio de consultas programadas juntamente com o ginecologista da Policlínica mantendo um acompanhamento também na Unidade de saúde além de manter o contato por meio de visitas domiciliares mais freqüentes, especialmente próximas das datas de realização de novos exames.

Os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes mellitus (DM) são a causa mais frequente do atendimento todos os dias e em todos os turnos no serviço de saúde São José.

Atentamos para os fatores de risco e trabalhamos de forma diferenciada com a população que apresenta riscos não modificáveis especialmente entre os homens com 45 anos ou mais, em mulheres pós menopausa e em caso de presença de doença cardiovascular em membros da família como mãe, pai ou irmão.

Em caso de presença de fatores modificáveis como tabagismo, (um ou mais cigarros ao dia), Pressão Arterial (PA) (igual ou maior que 140/90 mmHg em

três controles), glicemias de jejum (igual ou maior a 126 mg/dl em duas ocasiões ou 200 mg/dl com presença de sintomas comuns) procuramos incentivar mudanças quanto aos hábitos a fim de qualificar a saúde destas pessoas.

Além destes fatores, outros como obesidade com índice de massa corporal igual ou superior a 30, obesidade abdominal (88 cm para a mulher e 102 para os homens), hábitos sedentários, sem realização de exercício físico de intensidade moderada com frequência de três vezes por semana, com duração de trinta minutos, também incentivamos a mudança para alteração quanto ao perfil lipídico no sangue. O controle da pressão arterial é realizada em cada consulta com pesquisa dos fatores de risco.

Temos um total estimado de 604 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 500 (83%) hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado a 500 (100%) das pessoas com hipertensão, também estão com os exames complementares periódicos em dia e receberam orientações sobre prática de atividade física regular, nenhum tem atraso das consultas em mais de sete dias, receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável. Ainda, 100 (20%) possuem avaliação de saúde bucal. No entanto, acreditamos que estes dados não representam a realidade do serviço, pois se faz necessário uma atualização cadastral e estamos aguardando a chegada dos ACS para dar início a este processo.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 76% (130) do total estimado pelo CAP de 172 diabéticos para a área. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 100% (130), também estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e nenhum está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias e receberam avaliação de saúde bucal, mas também acreditamos que estes dados não sejam fidedignos à realidade e por isso aguardamos a chegada dos ACS para dar início ao cadastramento.



Quanto ao processo de trabalho que poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e qualidade da atenção aos hipertensos na Unidade seria a realização de ações para educação em saúde à população a fim de que a mesma possa ampliar os conhecimentos quanto à importância dos cuidados especialmente preventivos relacionados à hipertensão e a possibilidade de mudança quanto aos riscos modificáveis para melhoria na qualidade de vida.

Assim como para os hipertensos também para os diabéticos é necessário a realização de ações para educação em saúde a fim de que conheçam os fatores de risco e a forma como podem modificá-los. Além disso, é importante que saibam como conviver com a doença em caso desta já estar instalada. Além das ações em educação em saúde, a distribuição de material informativo (folders) para a população em geral é importante para que também saibam identificar os fatores de risco e como preveni-los.

Quanto à atenção à saúde dos idosos a estimativa apresenta um total de 368 idosos com 60 anos ou mais. O serviço de saúde acompanha um total de 250 (68%) idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Destes, 100 (40%) possuem caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; 200 (80%) realizam avaliação multidimensional rápida; 200 (80%) estão com o acompanhamento em dia; 180 (72%) são hipertensos; 40 (16%) são diabéticos; 200 (80%) têm investigação de indicadores de fragilização na velhice; 200 (80%) recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis; 200 (80%) recebem orientação para atividade física regular e 30 (12%) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Para trabalhar com os usuários idosos penso que seja necessário uma equipe capacitada para este atendimento e que prioriza a atenção ao idoso. As orientações fornecidas pela equipe devem ser claras e objetivas para que o idoso as possa compreender. É importante instruir a família para que esta possa evitar a ocorrência de acidentes domésticos, auxiliar na administração correta da medicação que o idoso necessita fazer uso e, além disso, orientar-lhes quanto às doenças que os idosos podem vir a desenvolver no futuro e solicitar-lhes para que sejam sempre mais tolerantes com os idosos.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Ao finalizar esta avaliação realizando um comparativo entre a atividade da segunda semana de ambientação sobre a situação do serviço de saúde e o presente relatório destaca-se que nossa equipe de saúde ainda está em formação, que a atenção à comunidade melhorará muito a partir do momento em que a equipe de saúde estará completa. Também é importante destacar a importância da descentralização do serviço de atendimento às crianças, às gestantes e às mulheres para prevenção dos cânceres de colo e de mama, hoje realizado na Policlínica, pois assim poderemos manter um melhor seguimento destes.

Com a nova Unidade Básica de Saúde (UBS) que está em construção, poderemos ter uma estrutura mais adequada com mais salas para o atendimento aos usuários, para realização de procedimentos de enfermagem, realização de palestras voltadas para ações de promoção e prevenção em saúde garantindo qualidade de vida à população adstrita à unidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A Unidade de Saúde da Família São José está localizada na área urbana do município, no bairro São José e possui uma equipe de saúde formada por uma técnica de enfermagem, uma nutricionista e uma clínica geral do Programa Mais Médicos (eu). A equipe ainda não possui enfermeiros e nem Agentes Comunitários de Saúde; atende a uma população estimada de 2.700 usuários; possui uma sala para atendimento de enfermagem e uma sala para atendimento das consultas médicas.

A UBS tem uma alta porcentagem de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e com Diabetes mellitus, trabalhamos de forma diferenciada com a população especialmente entre os homens com 45 anos ou mais, em mulheres pós menopausa. São realizadas atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas. Inicialmente, trabalhamos com a população hipertensa

incentivando-os a manterem uma dieta saudável bem como salientamos a importância da realização de atividade física.

Esta intervenção destaca-se necessária e importante, pois os usuários cadastrados não possuem controle de suas doenças, não conhecem a importância de possíveis complicações provenientes das mesmas. Assim, destaca-se que é relevante a realização de ações quanto à promoção e prevenção dos fatores de risco além de incentivar os usuários a manterem o controle clínico e laboratorial. Pretende-se realizar 100% de recadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois os dados apresentados não conferem com a realidade. A principal dificuldade se encontra na falta de profissionais para formação da equipe, pois a mesma ainda não é completa, mas procuraremos realizar a intervenção na busca de resultados satisfatórios quanto à qualificação da atenção à população hipertensa e/ou diabética pertencente à Unidade de Saúde São José.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na UBS São José, Arroio Grande/RS

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3 –** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6** – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde São José do Município de Arroio Grande/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção todas as pessoas portadoras de HAS e DM pertencentes à área de abrangência da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1 e 1.2 – Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem serão as responsáveis pelo monitoramento da ação revisando as fichas-espelho dos hipertensos e/ou diabéticos semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e /ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem e a médica especializanda serão as responsáveis pelo cadastro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos para que todos recebam o atendimento qualificado na unidade.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:** Organizarei (eu) em conjunto com a técnica de enfermagem na unidade de saúde a divulgação na Unidade e em meios de comunicação do município sobre a importância do acompanhamento no serviço de saúde aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de

forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg..

**Detalhamento:** capacitar a técnica de enfermagem para que possa fazer o cadastramento e a verificação da pressão arterial e o hemoglicoteste de forma adequada dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 2.1 e 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem monitorarão a realização de exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio do registro em ficha-espelho e prontuário clínico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem revisarão o exame clínico conforme o Caderno de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde, 2013 para que o mesmo seja realizado conforme protocolo.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** Por meio de folders explicativos e palestras a médica especializanda e a técnica de enfermagem orientarão aos usuários hipertensos



e/ou diabéticos e comunidade em geral quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o exame clínico adequado em usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois não conta com o profissional enfermeiro para auxiliar.

**Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem monitorarão a realização de exames laboratoriais solicitados por meio de registros em ficha-espelho para controle dos exames dos hipertensos e/ou diabéticos a serem realizados conforme periodicidade.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** A médica especializanda solicitará agilidade para realização de exames complementares para os usuários hipertensos e/ou diabéticos junto ao gestor de saúde do município estabelecendo um sinal de alerta no prontuário (um número identificado capa da pasta do prontuário para cada mês do ano que o hipertenso deverá realizar os exames complementares, por exemplo Janeiro=1; Fevereiro=2 e assim por diante).

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Por meio de folders explicativos e palestras a médica especializanda orientará aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e comunidade em geral sobre a importância de realizar periodicamente os exames complementares para controle das patologias.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem para que saiba identificar quais são os exames complementares que devem ser realizados com periodicidade em usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem monitorará o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular por meio de uma planilha específica de entrada e saída de medicamentos.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem será a responsável pelo controle dos medicamentos, semanalmente, por meio de planilha específica para garantir aos usuários hipertensos e/ou diabéticos a disposição da medicação necessária para seguimento do seu tratamento adequado.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem orientarão aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e comunidade em geral quanto ao direito de terem acesso a receber toda a medicação para o tratamento pela Farmácia Popular.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes mellitus e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem para que a mesma possa fornecer orientações adequadas sobre o acesso a medicação para os usuários hipertensos e/ou diabéticos da Farmácia Popular.

**Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem monitorarão os usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio da ficha-espelho quanto à necessidade de receberem atendimento odontológico a fim de que possam ser encaminhados para receber o mesmo em outro local, pois a Unidade não conta com equipe de saúde bucal.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem organizará uma agenda para os usuários hipertensos e/ou diabéticos que necessitem de avaliação odontológica encaminhando-os para o serviço de referência.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem orientarão aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e comunidade em geral por meio de palestras mensais em associações de bairro sobre a importância de realizarem avaliação odontológica.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem para que a mesma possa também identificar quando houver necessidade de realizar o encaminhamento para avaliação odontológica em usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.**

**Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem será a responsável para organizar uma agenda para os usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas com o objetivo de incluí-los em alguma oportunidade mais breve possível.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem realizarão uma visita aos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos para conscientizá-lo da importância de ser avaliado periodicamente pelo serviço de saúde e acolhê-lo da melhor forma possível no serviço.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem, após palestras, ouvirão a opinião da comunidade sobre estratégias para manter em seguimento os usuários hipertensos e/ou diabéticos conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os técnicos para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem para que possa orientar de forma adequada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde quanto à realização das consultas para avaliação.

#### **Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

##### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem monitorarão o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio de avaliação dos registros em ficha-espelho, semanalmente, para controle da qualidade dos mesmos.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem será a profissional responsável pelo envio das informações ao SIAB, implantar um sistema de alerta nas fichas-espelho dos usuários (por exemplo: cor **VERMELHA** em atraso; cor **VERDE** atualizado) quanto à realização de consulta de acompanhamento, exame complementar, estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem orientarão aos usuários hipertensos e/ou diabéticos por ocasião da consulta regular quanto ao seu direito de ter registrado a sua avaliação clínica bem como conduta adotada pelo profissional de saúde que o atendeu e de ter acesso a uma segunda via, se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a técnica de enfermagem no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem quanto ao registro de todos os procedimentos clínicos realizados em usuários hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas.

#### **Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

##### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem monitorarão por meio de registros em ficha-espelho e prontuário clínico a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano em usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem organizarão uma listagem de usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco e manterão uma agenda específica para atendimento desta parcela de hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a

comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará em consulta individual aos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao seu nível de risco salientando a importância do acompanhamento regular e de manter um controle em relação aos fatores de risco modificáveis especialmente os relacionados a alimentação.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a técnica para que tome conhecimento como se realiza a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem para conhecer como se realiza a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis para os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

### **Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1 e 6.2 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.**

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda monitorará a questão nutricional dos usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio dos registros em ficha-espelho e encaminhará para a nutricionista a fim de auxiliá-los no controle de sua patologia por meio de alimentação saudável.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Organizar junto à nutricionista que atende uma vez na semana junto à Unidade São José para realizarmos ações educativas na comunidade para a população alvo e acompanhar a saúde dietética dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Organizar junto à nutricionista que atende uma vez na semana junto à Unidade São José para realizar palestras, mensalmente, em associações do Bairro da Unidade São José a fim de orientar usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares quanto à importância da alimentação saudável na presença desta patologia.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Solicitar à nutricionista para que capacite a médica especializanda e a técnica de enfermagem para que possam fornecer orientações adequadas aos usuários hipertensos sobre práticas alimentares saudáveis e sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda recomendará e acompanhará a prática regular de atividade física dos usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio de atividades oferecidas em âmbito de espaços como associação de bairro, escola, entre outros.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** A médica especializanda solicitará junto ao gestor de saúde do município o apoio de um profissional educador físico para realizar atividades semanais, em associações do Bairro ou em outros espaços próximos à Unidade São José a fim de orientar usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares quanto à importância da realização de atividades físicas na presença desta patologia.



Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** A médica especializanda organizará campanhas educativas em saúde entre os hipertensos e/ou diabéticos e comunidade em geral esclarecendo acerca da importância de realizar atividades físicas para o controle da patologia, mensalmente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Capacitar a técnica de enfermagem sobre metodologias de educação em saúde para que possa fornecer orientações adequadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares quanto à importância de realização de atividades físicas para melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

**Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem monitorarão por meio da ficha-espelho os usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas que receberam orientações a este grupo.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** A médica especializanda solicitará junto ao gestor de saúde do município a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" para os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará por meio das consultas individuais aos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à existência de medicamentos para abandono do tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem sobre metodologias de educação em saúde para que a mesma possa fornecer orientações adequadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a possibilidade de abandonar este vício.

**Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem organizarão uma planilha com todos os nomes dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, reforçando estas orientações em todas as consultas de retorno.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem organizará o atendimento por meio de agendamento para que a médica especializanda possa oferecer um atendimento qualificado a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos de acordo com as necessidades de cada um.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a técnica de enfermagem organizarão campanhas educativas junto à unidade entre os hipertensos e/ou diabéticos e comunidade em geral alertando quanto à importância da manutenção de uma boa higiene bucal além de confeccionar *folders* educativos sobre o assunto.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a técnica de enfermagem para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a técnica de enfermagem para que a mesma possa orientar aos usuários hipertensos e/ou

diabéticos acerca da necessidade de uma boa higiene bucal para qualidade da saúde.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3 –** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6 –** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.



**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção relacionada à melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” do Ministério da Saúde, 2013.

Objetivando manter um registro específico e, assim também qualificar o monitoramento da ação programática utilizaremos a ficha-espelho (**Anexo C**) disponibilizada pelo curso em que serão armazenados todos os dados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados e acompanhados na Unidade de Saúde São José. Esta ficha-espelho contém todas as informações necessárias para o monitoramento adequado. Para visualização dos resultados da intervenção, os dados serão lançados semanalmente em uma planilha eletrônica de coleta de dados que será disponibilizada pelo curso (**Anexo B**).

Solicitaremos a impressão da mesma ao gestor municipal em número suficiente para atualizar os dados de todas as pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes mellitus estimadas pelo CAP para a área de cobertura da unidade. Será realizada capacitação para a técnica em enfermagem e para a médica; objetivando o cadastramento por meio do preenchimento da planilha (ficha-espelho) enquanto visita domiciliar que deverá ser realizada somente pela médica e pela técnica de enfermagem (únicos profissionais fixos da unidade). A profissional nutricionista atenderá somente a demanda de necessidade de avaliação e/ou acompanhamento nutricional às segundas feiras à tarde, pois a mesma é volante e atende em todas as unidades de saúde do município.

Também iremos confeccionar ou solicitar à Secretaria da Saúde, para ser entregue no momento da visita, por ocasião do cadastramento, um folder explicativo sobre a HAS e o DM, fatores de risco e a importância de sua prevenção.

Organizaremos uma agenda para que todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos possam ser acompanhados pelo serviço na modalidade de agendamento além de monitorar os faltosos às consultas e novos cadastrados, reservando 2 vagas por turno para os faltosos e/ou emergências.

Ao final de cada mês, após início das atividades para qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos deverá ser realizado uma revisão dos registros específicos para uma avaliação dos que estão em acompanhamento e averiguar quanto à necessidade de agendar uma nova consulta e novas solicitações de exames complementares seguindo a recomendação do Ministério da Saúde.

Ainda, pretendemos participar semanalmente das reuniões de equipes em conjunto com o gestor de saúde e demais colegas de outras unidades de saúde do município, propondo para este momento capacitações às equipes bem como oportunizar momentos de discussões para avaliação e melhorias no processo de intervenção.

Para a realização de ações e promoção de saúde iremos organizar, pelo menos, um evento mensal na associação de bairro, com palestras sobre o tema. Se for possível, com a presença de profissionais de outras áreas da saúde.

Além disso, pretendemos: capacitar o(s) profissional(is) que será responsável pelo acolhimento para que possa realizar esta atividade de forma adequada aos usuários hipertensos e diabéticos que comparecerão à unidade para realização da avaliação médica por meio das consultas. Ainda, adequar a agenda para que se possa atender a um maior número de usuários por dia na unidade.

Com o objetivo de divulgar na comunidade confeccionaremos cartazes ou veremos a possibilidade de adquiri-los junto à Secretaria da Saúde para divulgar sobre a importância do acompanhamento adequado à população hipertensa e diabética nos serviços de saúde para qualificação da atenção a esta população.

Objetivando o monitoramento das ações, semanalmente será conferida a agenda em busca de faltosos mantendo contato com os usuários que deixaram de comparecer à consulta, via telefone, se possível, ou por meio de visita domiciliar realizada pela técnica de enfermagem e pela médica.

Para realização da ação programática serão responsáveis a médica e a técnica de enfermagem. Estamos conscientes diante das dificuldades que enfrentaremos para realizar a mesma.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A Unidade de Saúde da Família São José está localizada na área urbana do município, no bairro São José e até a 11ª semana da intervenção desenvolveu o seu trabalho com uma equipe de saúde formada por uma técnica de enfermagem, uma nutricionista (volante) e uma médica clínica geral do Programa Mais Médicos atendendo a uma população estimada de 2.700 usuários em apenas uma sala para atendimento de enfermagem e uma sala para atendimento das consultas médicas. A partir da 11ª semana somaram-se à equipe 5 ACS.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias da especializanda no período da intervenção.

A UBS tem uma alta porcentagem de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com *Diabetes mellitus*. Foram realizadas atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas em locais previamente agendados como escola do bairro. Inicialmente, foram trabalhadas ações com a população alvo da intervenção incentivando-os a manterem uma dieta saudável bem como salientando a importância da realização de atividade física.

Esta intervenção destacou-se como necessária e de suma importância, pois os usuários cadastrados não possuíam controle de suas doenças e não conheciam as possíveis complicações provenientes das mesmas. Assim, destaca-se que foi relevante a realização de ações quanto à promoção e prevenção dos

fatores de risco além de incentivar os hipertensos e/ou diabéticos a manterem o controle clínico e laboratorial.

O projeto de intervenção foi uma etapa muito importante para o início de um trabalho mais organizado com os hipertensos e diabéticos, em que se iniciou um controle adequado por meio de consultas agendadas, promoção e prevenção das doenças. Foi um pouco difícil a realização do trabalho porque a equipe de saúde foi formada apenas na 12ª semana da intervenção, não temos um cadastro atualizado de toda a população do bairro, apenas trabalhamos com estimativas e dados não atualizados. A partir de agora os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) iniciarão o processo de cadastramento dos moradores do bairro pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde. Ainda não conseguimos trocar de UBS porque as obras das novas instalações não foram finalizadas. Os responsáveis pela gestão municipal têm muita preocupação e estão fazendo o possível para que possamos desenvolver as atividades na atenção básica com melhores condições.

No início da intervenção e preenchimento das planilhas, os usuários não cooperaram muito, pois achavam que poderiam ser prejudicados ao fornecerem dados sobre si, mas após iniciado o trabalho e a implementação de divulgação de informação em rádio, palestras, entre outras atividades para a comunidade houve a aceitação e o trabalho se tornou muito produtivo.

Ficamos muito longe do cumprimento das metas e objetivos propostos, mas com a continuação do trabalho na UBS pretendemos alcançar as metas propostas.

Foram realizadas capacitações aos ACS sobre saúde bucal, diabetes mellitus na última semana da intervenção, uma vez que não havia equipe formada anteriormente para desenvolver estas atividades conforme proposta no cronograma. Foi entregue aos usuários hipertensos e diabéticos um cartão para manterem o controle dos sinais vitais e glicemia no caso dos diabéticos. Preenchemos os formulários (fichas-espelho disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família e ficha do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos) para controle e monitoramento dos usuários em acompanhamento na unidade além de poder realizar a busca ativa dos faltosos às consultas.

Durante o período de intervenção cadastramos um total de 25,8% (106) de hipertensos e 21,8% (22) de diabéticos. Os percentuais ficaram muito abaixo do planejado. Realizamos muitas consultas por demanda espontânea, priorizamos o atendimento aos hipertensos e diabéticos, adicionando à rotina do dia mais fichas de consulta para eles. Após a chegada dos ACS houve um acréscimo de cadastros de usuários hipertensos e diabéticos que não estão em controle ainda. Quanto aos usuários que mantêm controle das patologias por meio da realização dos exames complementares, muitos não os tem realizado por falta de tempo por parte deles e o difícil agendamento dos exames. Realizamos visitas domiciliares, procuramos conscientizar os usuários da importância de manterem-se em acompanhamento e os agendamos para o dia e horário mais adequado para cada um deles, mas mesmo assim muitos não compareceram às consultas.

Os medicamentos para o tratamento foram fornecidos pela farmácia popular de acordo com a necessidade de cada usuário, apenas alguns medicamentos não se encontram disponíveis na rede básica, como por exemplo medicação cardiológica.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

As ações relacionadas à saúde bucal não foram possíveis de serem realizadas, pois em nosso bairro há apenas um ônibus que oferece atendimento uma vez por semana para a população de toda a cidade. Já temos propostas para melhorar isto. Mas, em todas as consultas foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e realizado o encaminhamento ou sugerido a consulta com um odontólogo particular se o usuário tivesse condições financeiras para tal.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

As maiores dificuldades foram a inexistência de um cadastro atualizado da população pertencente à área de abrangência da Unidade, a falta de uma equipe completa para a realização das atividades além da falta de uma infraestrutura física adequada, mas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso foram preenchidas no momento da consulta individual sem dificuldades. As mesmas são muito completas e permitem um adequado monitoramento dos



usuários acompanhados. Quanto à coleta de dados e sistematização dos mesmos para a descrição dos resultados não houve nenhuma dificuldade. Ambas serão mantidas em uso na unidade para dar continuidade à qualificação da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Com a composição da equipe de saúde na 12ª semana da intervenção deu-se início ao cadastramento dos usuários pertencentes à área de abrangência da Unidade, estamos mantendo o agendamento de consultas, preenchimento das fichas-espelho dos usuários com doenças crônicas com agendamento pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) facilitando a busca ativa. Mantemos uma reunião semanal com a equipe e constante capacitação dos ACS. O trabalho iniciado com a intervenção será continuado na Unidade para poder monitorar os usuários hipertensos e diabéticos oferecendo-lhes qualidade de vida.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados apresentados a seguir descrevem a intervenção realizada para qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos pertencentes à Unidade de Saúde da Família São José, no município de Arroio Grande/RS, entre os meses de fevereiro e maio de 2015.

O Caderno de Ações Programáticas (CAP) estimou uma população de 604 hipertensos e 172 diabéticos com 20 anos ou mais do total de 2.700 usuários pertencentes à unidade São José. Havíamos colocado no CAP uma estimativa de 83% (500) de hipertensos e 76% (130) de diabéticos acompanhados na unidade, segundo informações coletadas junto à unidade. No entanto, esses dados não eram atualizados, mas apenas uma projeção do que esperávamos confirmar com a realização do cadastramento da população durante a intervenção, mas vários entraves, por parte da gestão, não possibilitaram a chegada do restante dos componentes da equipe (enfermeiro e ACS) para que o trabalho pudesse ser realizado efetivamente.

Assim, cadastramos apenas os usuários que compareceram por demanda espontânea ao serviço de saúde no período da intervenção e optamos em utilizar os dados da estimativa gerados na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, pois a mesma se aproximava da realidade do nosso serviço.

Esta intervenção destacou-se como necessária e importante, uma vez que os usuários pertencentes à unidade não possuíam controle de suas patologias, desconheciam a importância de possíveis complicações provenientes das mesmas. Assim, destaca-se que foi relevante a realização de ações quanto à

promoção e prevenção dos fatores de risco além de incentivar a todos para manterem o controle clínico e laboratorial.

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Ficamos muito longe de cumprir com a meta proposta, mas observamos que aumentamos o número de hipertensos em acompanhamento no serviço. Do total de 411 hipertensos previstos na estimativa da planilha de coleta de dados, cadastramos e avaliamos um percentual de 25,8% (106). Assim, ao longo do primeiro do mês um total de 40 (9,7%) pessoas com hipertensão foram cadastradas e avaliadas, no segundo mês alcançamos a 76 (18,5%) e no terceiro mês 106 (25,8%) pessoas com hipertensão foram cadastradas e avaliadas conforme mostra a **Figura 1**, ficando muito distante do proposto.

Dos usuários diabéticos cadastramos e avaliamos um total de 21,8% (22) do total de 101 previstos na estimativa gerada pela planilha de coleta de dados. Este é o número aproximado de diabéticos pertencentes à unidade de saúde São José, mas ainda necessitamos finalizar a atualização do cadastro para conhecer o número real. Assim, conforme a **Figura 2**, ao longo do primeiro do mês um total de 9 (8,9%) pessoas com diabetes foram cadastradas e avaliadas, no segundo mês alcançamos a 18 (17,8%) e no terceiro mês 22 (21,8%) pessoas com diabetes mellitus foram cadastradas e avaliadas pelo serviço, ficando muito distante da meta proposta para a intervenção.

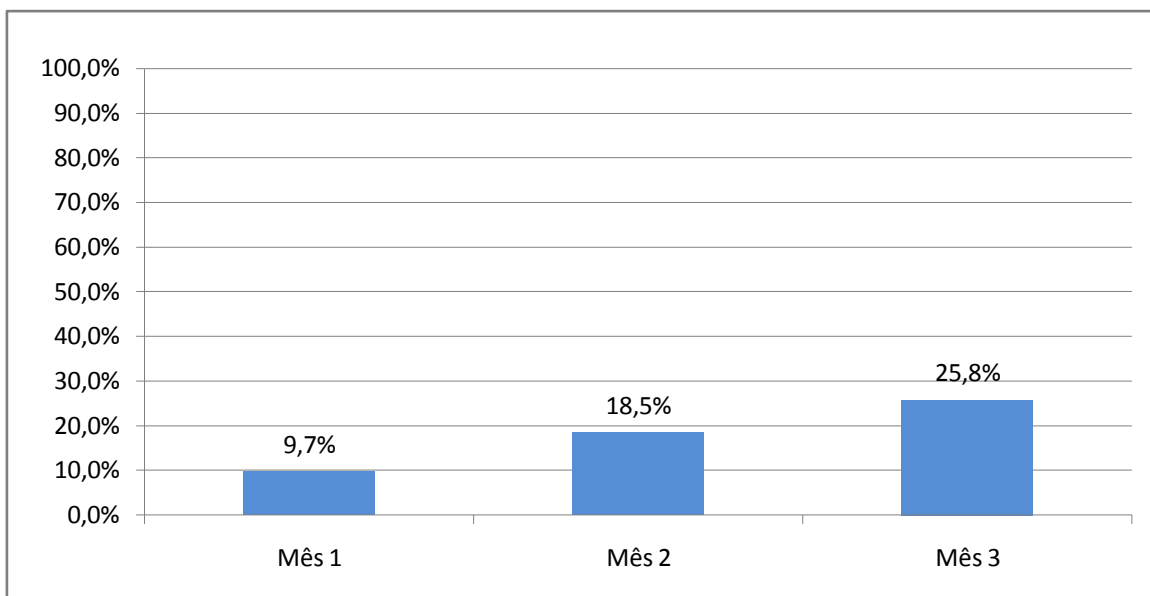


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS São José do Município de Arroio Grande, RS, 2015.

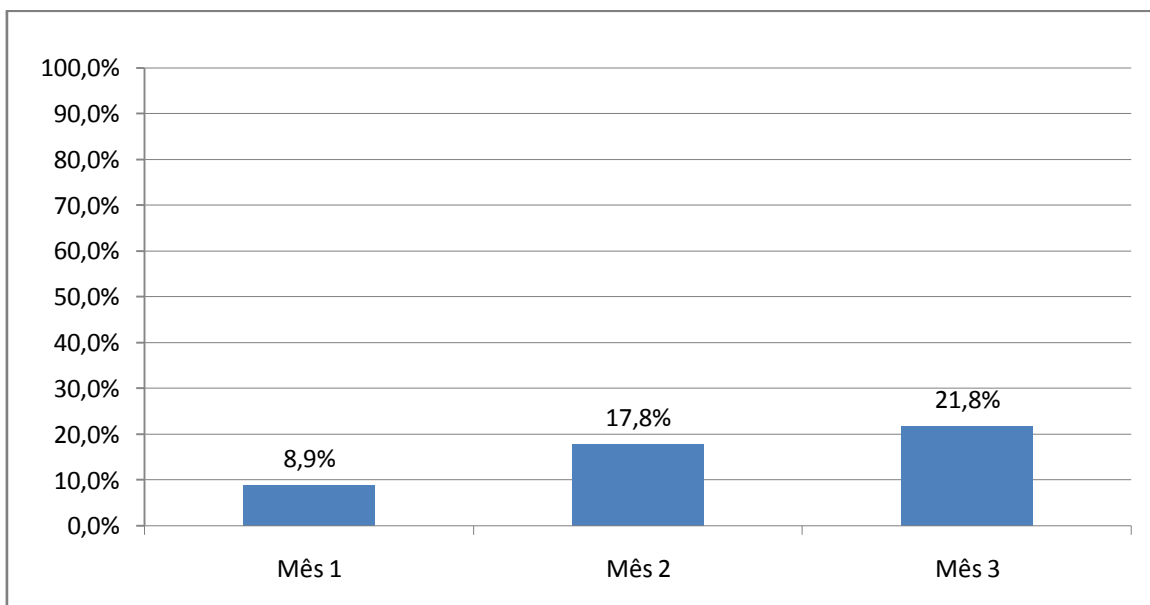


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS São José do Município de Arroio Grande, RS, 2015.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

O exame clínico apropriado conforme protocolo foi realizado a 40 usuários hipertensos no primeiro mês; a 76 usuários no segundo mês e a 106 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, alcançamos a meta de 100% quanto à realização de exame clínico apropriado em usuários hipertensos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

Também a 9 usuários diabéticos no primeiro mês; a 18 usuários no segundo mês e a 22 no terceiro e último mês da intervenção foi realizado o exame clínico apropriado conforme protocolo. Assim, também alcançamos a meta de 100% quanto à realização de exame clínico apropriado em usuários diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

A motivação da equipe em garantir um atendimento de qualidade favoreceu o cumprimento das metas em 100%.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Nem todos os usuários hipertensos acompanhados realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Um total de 65,0% (26) realizou os exames no primeiro mês; 64,5% (49) no segundo mês e 69,8% (74) no último mês da intervenção conforme **Figura 3**. Alguns usuários não realizaram os exames devido a falta de tempo para realizá-los, outros usuários trabalham fora da cidade e retornam para a cidade somente aos finais de semana e a policlínica não oferece atendimento nesses dias e, ainda outros realizaram os exames, mas não retornaram à unidade para trazer os resultados porque não apresentaram interesse em realizar uma nova consulta e alguns mudaram de endereço durante a intervenção e não foram encontrados pela equipe.

Dentre os usuários diabéticos acompanhados que realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um total de 77,8% (9) realizou os exames no primeiro mês; 83,3% (18) no segundo mês e 81,8% (22) no último mês da intervenção conforme **Figura 4**. Alguns usuários não realizaram os exames devido ao trabalho, pois não podem ausentar-se de suas atividades e muitos demonstraram medo frente à possibilidade de trocar a medicação oral pela subcutânea. Assim, preferem continuar acreditando que os níveis estão controlados e não realizam os exames para adequação da medicação.

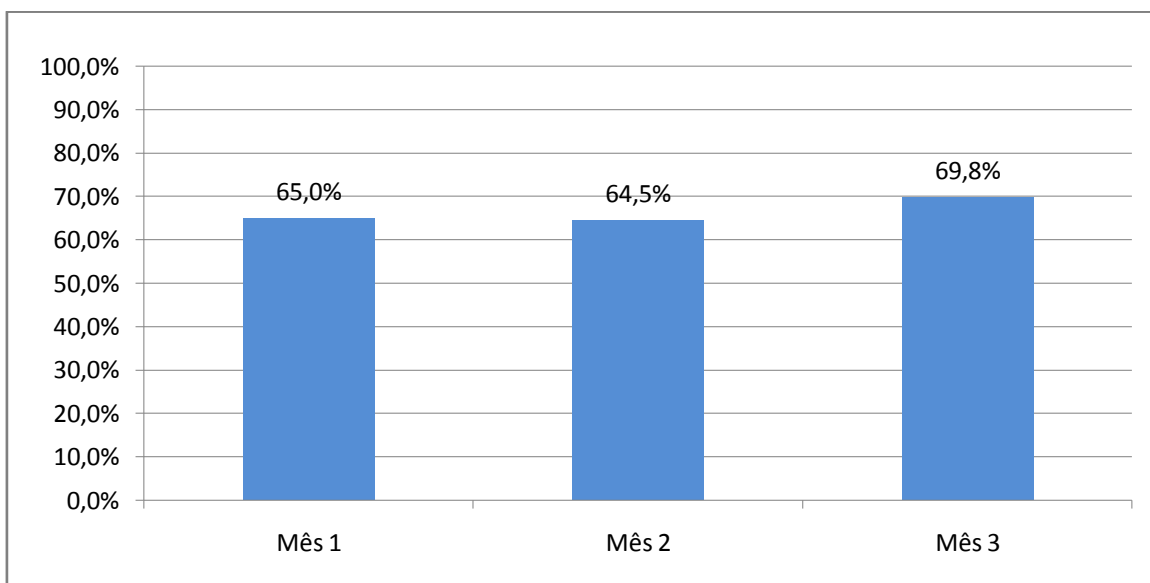


Figura 3 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS São José do Município de Arroio Grande, RS, 2015.

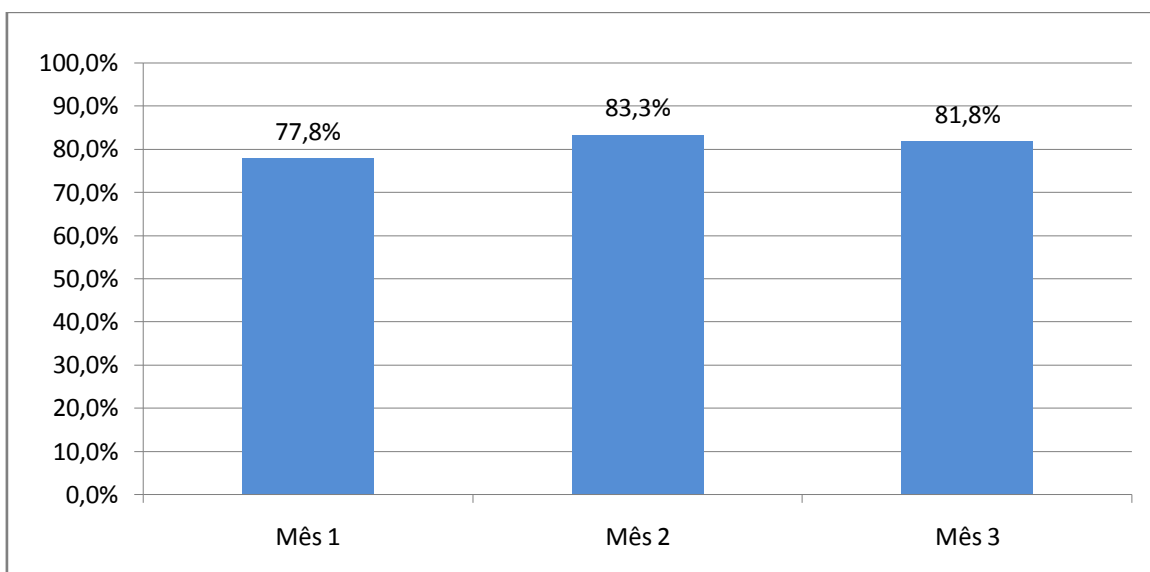


Figura 4 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS São José do Município de Arroio Grande, RS, 2015.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Aos usuários hipertensos e diabéticos avaliados durante a intervenção foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Todos os usuários hipertensos e diabéticos avaliados pelo serviço de saúde da ESF São José aceitaram fazer uso de medicação disponibilizada pelo Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos alcançando 100% das metas propostas.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, um total de 35,6% (36) de hipertensos e 22,7% (5) de diabéticos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Durante o primeiro da intervenção nenhuma das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico. Já no segundo mês um total de 8 (10,5%) hipertensos e 1 (5,6%) pessoa diabética foram avaliados quanto à esta necessidade e ao longo do terceiro mês 38 (35,8%) pessoas com hipertensão e 5 (22,7%) pessoas com diabetes mellitus foram avaliadas conforme nos mostra as **Figuras 5 e 6**.

O município não disponibiliza atendimento odontológico nas unidades de saúde contando apenas, uma vez por semana, com um ônibus equipado com um consultório odontológico para atender a demanda de todo o município.

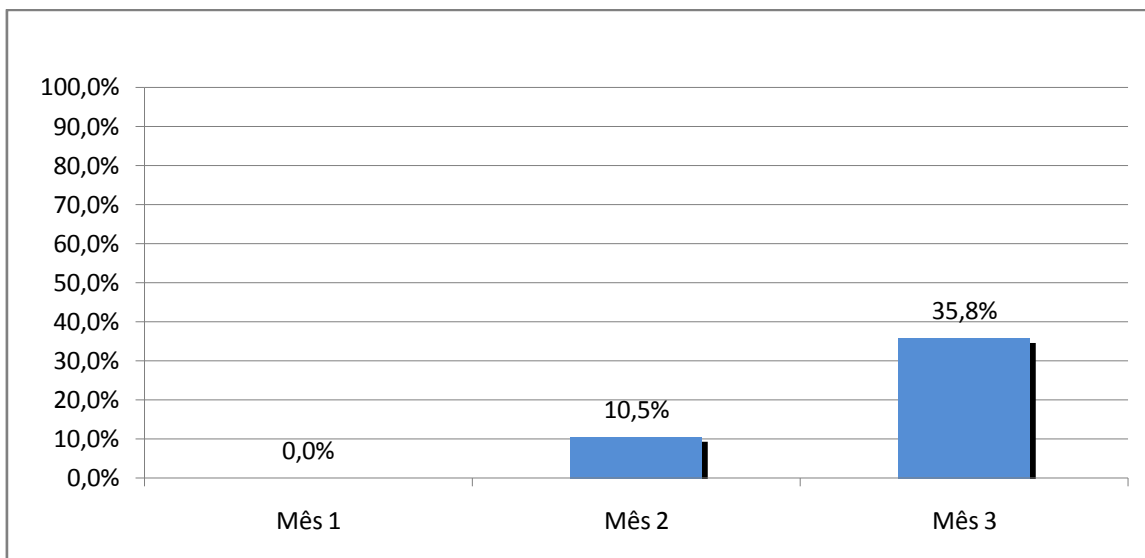


Figura 5 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São José do Município de Arroio Grande, RS, 2015.

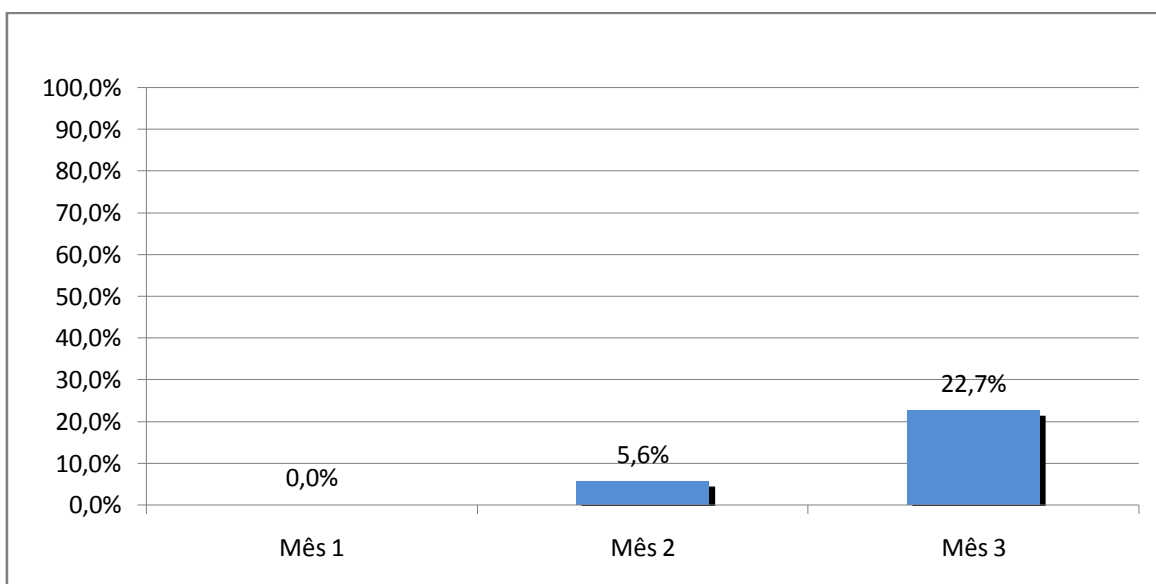


Figura 6 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São José do Município de Arroio Grande, RS, 2015.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.



**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A proporção de faltosos às consultas com necessidade de busca ativa durante a intervenção foi muito grande. Do total de hipertensos avaliados, no primeiro mês faltou às consultas um total de 25 usuários, no segundo mês 44 e no terceiro mês 56 usuários hipertensos. Dentre os usuários diabéticos avaliados, durante o primeiro mês faltaram 4, no segundo mês 9 e no terceiro mês 11 usuários diabéticos não compareceram à primeira consulta que havia sido agendada. Para todos os hipertensos e diabéticos foi necessário realizar busca ativa por meio de contato telefônico para um novo agendamento, ocasião em que todos compareceram à consulta.

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Para todos os hipertensos e diabéticos avaliados durante a intervenção foi preenchida a ficha de acompanhamento disponibilizada pelo curso de especialização objetivando o monitoramento constante dos usuários na continuidade do cuidado. Assim, a meta foi cumprida na totalidade.

**Objetivo 5 –** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A busca de estratégias no intuito de reduzir fatores de risco modificáveis além de controlar os não modificáveis auxiliou na qualificação da atenção à saúde da população hipertensa e/ou diabética. A estratificação do risco cardiovascular foi realizada para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados durante a intervenção.

**Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Quanto à orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês 100% (40) dos hipertensos e 100% (9) dos diabéticos cadastrados receberam orientações sobre hábitos de vida saudável, no segundo mês também foi ofertada a 100% (76) dos hipertensos e a 100% (18) dos diabéticos e no terceiro manteve-se a orientação para 100%, tanto de hipertensos (106) quanto de diabéticos (22).

Dentre os usuários hipertensos e diabéticos avaliados, alguns foram encaminhados para avaliação nutricional junto à nutricionista que atende na unidade uma vez na semana, às segundas-feiras. Não houve realização de grupos e nem de encontros na comunidade para falar sobre o assunto. Procuraremos realizar estas atividades o mais breve possível, apesar de ainda não contarmos com a nova área física da unidade, mas já contamos com uma equipe completa e que poderá ser possível a realização de atividades em grupo e em espaços comunitários.

Entretanto, apesar das dificuldades para a realização de atividades de orientação grupal, foi realizada individualmente, por ocasião da consulta médica, a orientação sobre a importância da manutenção de uma alimentação saudável.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante as consultas, todos (100%) os usuários hipertensos e diabéticos que foram avaliados receberam orientações sobre a importância de realizarem atividades físicas a fim de diminuir o sedentarismo e melhorar a qualidade de vida durante toda a intervenção. Não foram realizadas atividades na comunidade a fim de estimular a realização de atividades físicas. Sabemos da importância de incentivar e oferecer ações nesse sentido, mas como a equipe era formada (durante a intervenção) apenas pela médica (eu) e uma técnica de enfermagem não conseguimos realizar as atividades propostas.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Assim como foram fornecidas orientações quanto à importância da realização de atividade física para hipertensos e diabéticos também foram disponibilizadas para 100% dos usuários avaliados durante a intervenção orientações sobre os riscos do tabagismo. Foi incentivado a todos que procurassem esforçar-se ao máximo para abandonar o vício a fim de melhorar a

qualidade de vida. A Secretaria de Saúde do município ainda não disponibiliza medicamentos para auxiliar aqueles que desejam abandonar o vício.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Apesar de não conseguirmos agendar uma avaliação odontológica para todos os usuários hipertensos e diabéticos durante o período da intervenção, oferecemos, durante a consulta individual, orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários avaliados durante os três meses da intervenção na ESF São José. Também não houve oportunidade de realizar nenhuma palestra educativa na comunidade com a participação de um profissional odontólogo para o fornecimento de orientações educativas mais específicas sobre a temática e para o esclarecimento de dúvidas pormenorizadas da população hipertensa e diabética.

## 4.2 Discussão

A intervenção, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família São José, no município de Arroio Grande/RS teve como objetivo promover a melhoria da qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos pertencentes à área adstrita da unidade e, para dar início a este processo foram primeiramente avaliados os usuários que compareceram à unidade para uma consulta de rotina, pois não contávamos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até o término da 11ª semana de intervenção para a realização de cadastros e busca ativa de forma eficiente.

Quanto à realização dos exames complementares de rotina tivemos algumas dificuldades que com a continuidade das ações na unidade poderá favorecer o entendimento da população quanto à importância da realização dos mesmos, pois todos os usuários cadastrados no programa tiveram acesso à

solicitação dos exames, mas nem todos os realizaram. Também, (eu e a técnica de enfermagem) realizamos busca, via telefone, de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, pois foram muitos os que agendávamos e não compareciam ao serviço para a consulta no momento agendado. Assim, ao final da intervenção foi possível realizar o cadastramento e avaliação de 25,8% (106) dos hipertensos e 21,8% (22) dos diabéticos estimados para a área de abrangência da unidade.

Durante os meses da intervenção, todos os usuários cadastrados foram avaliados em consulta clínica receberam orientações quanto à saúde bucal, nutricional, abandono dos vícios (tabagismo, álcool e/ou drogas) e sobre a importância de praticarem atividades físicas. Houve melhoria no registro das informações ao implantarmos o uso da ficha-espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e por meio desta conseguiremos realizar, a partir de agora, o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à Unidade. Também conseguimos a adesão de 100% da população cadastrada e avaliada para fazer uso da medicação disponibilizada na Farmácia popular.

Como não tínhamos equipe formada, repassei todas as informações sobre as recomendações do Ministério da Saúde referentes ao Protocolo de hipertensão e diabetes para a técnica de enfermagem e para a nutricionista. Ao final da intervenção repassamos as informações para a enfermeira e os ACSs que foram incorporados à equipe de saúde da unidade.

A médica ficou com a responsabilidade de solicitar e/ou realizar os exames de rotina e trabalhar com a promoção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizando orientações sobre riscos do tabagismo e do uso de álcool e/ou drogas e da importância do exercício físico e as orientações nutricionais ficaram sob responsabilidade da nutricionista.

A médica também manteve o registro atualizado na ficha-espelho. Ao final da intervenção os ACSs auxiliaram em várias atividades enquanto realizavam o cadastro dos usuários também aproveitavam a oportunidade para fornecer orientações sobre como estava organizado o processo de intervenção que inicialmente estava priorizando o atendimento aos usuários hipertensos e

diabéticos. Auxiliaram também nas últimas semanas pela busca dos faltosos às consultas bem como realizaram promoção à saúde durante as visitas domiciliares.

A enfermeira também se incorporou às atividades da rotina do serviço e junto à técnica de enfermagem, nas últimas semanas, auxiliou no preenchimento das fichas-espelho, acompanhou as consultas junto à médica especializanda e realizou o monitoramento das informações coletadas durante as avaliações.

Anterior à chegada dos demais membros da equipe o trabalho era centrado no atendimento médico e agora a atenção aos usuários passou a se dar de maneira mais humanizada e integral. Durante a intervenção, os usuários hipertensos e diabéticos passaram a ter prioridade no atendimento em nossa ESF e foi reorganizada a agenda para prestar um atendimento prioritário aos mesmos e, a partir do momento que conseguirmos organizar esta ação passaremos para outra.

Os resultados da intervenção ainda não são claramente percebidos pela comunidade. Porém, percebemos que no decorrer da intervenção, se sentiram mais a vontade para conversar com a equipe (médica, técnica de enfermagem e nutricionista) para tirar dúvidas e também se mostraram mais interessados e participativos nos grupos e até mesmo durante as consultas. Com isso conseguimos criar um vínculo com os usuários e isso melhorou a qualidade do serviço em nossa ESF.

A intervenção poderia ter obtido melhores resultados se tivéssemos intensificado ainda mais as orientações sobre o atendimento prioritário que seria dispensado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos no período da intervenção, mas sem a equipe completa isso se tornou inviável. Agora ao final, toda a equipe está comprometida para incorporar a intervenção à rotina do serviço, pois percebemos que houve melhoria da qualidade na atenção, o que deixou a equipe satisfeita, com sensação de dever cumprido e com entusiasmo para continuar este trabalho.

Nos próximos meses pretendemos finalizar o cadastramento de toda a população, intensificar ainda mais as orientações aos usuários hipertensos e diabéticos, continuar realizando as avaliações clínicas, orientar quando à importância da realização dos exames complementares de rotina garantindo a

melhoria da qualidade de vida desta parcela da população e alcançar assim as metas propostas para a intervenção.



Figura 7 – Equipe de Saúde da ESF São José, no Município de Arroio Grande, RS, 2015.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor municipal,

Foi realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2015 na Unidade de Saúde da Família São José localizada no bairro São José, área urbana do município de Arroio Grande uma intervenção em saúde objetivando a melhoria da atenção à pessoa com hipertensão arterial e com diabetes mellitus. Até a 11ª semana da intervenção o trabalho foi desenvolvido com uma equipe de saúde formada por uma técnica de enfermagem, uma nutricionista e uma clínica geral do Programa Mais Médicos (eu) atendendo a uma população estimada de 2.700 usuários em apenas uma sala para realização de procedimentos de enfermagem e uma sala para consultas médicas.

A UBS, segundo estimativas da Planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizado pelo curso de especialização possui 411 hipertensos e 101 diabéticos, o que pode ser considerada uma alta taxa de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e com *Diabetes mellitus*. Foram realizadas atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas em locais previamente agendados como escola do bairro. Inicialmente, foram trabalhadas ações com a população alvo da intervenção incentivando-os a manterem uma dieta saudável bem como salientando a importância da realização de atividade física.

Esta intervenção destacou-se como necessária e de suma importância, pois os usuários cadastrados não possuíam controle de suas doenças e não conheciam as possíveis complicações provenientes das mesmas. O projeto de intervenção foi uma etapa muito importante para o início de um trabalho mais organizado com os hipertensos e/ou diabéticos, em que se iniciou um controle



adequado por meio de consultas agendadas, preenchimento de fichas-espelho para monitoramento além de atividades de promoção e prevenção à saúde.

A realização do trabalho foi um pouco difícil porque a equipe de saúde foi formada apenas nas últimas semanas da intervenção. Ainda, não temos um cadastro atualizado de toda a população do bairro, apenas trabalhamos com estimativas e dados não atualizados. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já iniciaram o processo de cadastramento dos moradores do bairro pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde.

Foram realizadas capacitações aos ACS sobre saúde bucal, hipertensão arterial, diabetes mellitus nas últimas semanas da intervenção utilizando o protocolo do Ministério da Saúde de 2013, uma vez que não havia equipe formada anteriormente para desenvolver estas atividades conforme fora proposto no cronograma.

Foi entregue aos usuários hipertensos e/ou diabéticos um cartão para manterem o controle dos sinais vitais e glicemia no caso dos diabéticos. Preenchemos os formulários (fichas-espelho disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família e ficha do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos) para controle e monitoramento dos usuários em acompanhamento na unidade com as quais poderemos realizar a busca ativa dos que se encontrar em atraso ou faltosos às consultas.

Durante o período de intervenção cadastramos um total de 25,8% (106) de hipertensos e 21,8% (22) de diabéticos. Os percentuais ficaram muito abaixo do planejado. Realizamos muitas consultas por demanda espontânea e agendamento e priorizamos o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos, ampliando o número de consultas/dia.

Após a chegada dos ACS houve um acréscimo de cadastros de usuários hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento ainda. Quanto aos usuários que mantêm controle das patologias por meio da realização dos exames complementares, muitos não os tem realizado por dificuldade de agendamento dos mesmos. Realizamos contato via telefone e algumas visitas domiciliares, procuramos conscientizar os usuários da importância de manterem-se em acompanhamento e os agendamos para o dia e horário mais adequado para cada um deles, mas mesmo assim muitos não compareceram às consultas.

Os medicamentos para o tratamento fornecidos pela farmácia popular estão de acordo com a necessidade de cada usuário, apenas alguns medicamentos não se encontram ainda disponíveis na rede básica, como por exemplo, medicação cardiológica.

As ações relacionadas à saúde bucal não foram possíveis de serem realizadas, pois não disponibilizamos de um profissional odontólogo em nossa unidade e em nosso bairro há apenas um ônibus que oferece atendimento uma vez por semana para a população de toda a cidade, o que dificulta o atendimento. Mas, em todas as consultas foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e realizado o encaminhamento ou sugerido a consulta com um odontólogo particular se o usuário tivesse condições financeiras para tal.

As maiores dificuldades foram a inexistência de um cadastro atualizado da população pertencente à área de abrangência da Unidade, a falta de uma equipe completa para a realização das atividades além da falta de uma infraestrutura física adequada, pois as obras das novas instalações ainda não foram concluídas e entregues à comunidade.

Manteremos uma reunião semanal com a equipe e constante capacitação dos ACS e demais membros da equipe. O trabalho iniciado com a intervenção será continuado na Unidade para poder monitorar os usuários hipertensos e/ou diabéticos oferecendo-lhes qualidade de vida.

Assim, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e solicitamos o apoio por parte da gestão quanto às possíveis soluções dos problemas apresentados e para planejamento de futuras ações em benefício da comunidade em geral.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade São José, Arroio Grande/RS

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

A Unidade de Saúde da Família São José localizada na área urbana do município, no bairro São José realizou uma intervenção focada na atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais entre os meses de fevereiro e maio de 2015 com duração de 12 semanas. A equipe atuante na intervenção era composta por uma médica clínica geral do Programa Mais Médicos (eu), uma técnica de enfermagem e uma nutricionista que atende a demanda de todo o município. Nas últimas semanas da intervenção somaram à equipe uma enfermeira e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população estimada para a área é de aproximadamente 2.700 usuários e contamos apenas em nosso serviço com uma sala para atendimento de enfermagem e uma sala para a realização das consultas médicas.

Segundo as estimativas geradas pela Planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso, a Unidade possui uma alta porcentagem de usuários hipertensos e/ou diabéticos, 411 e 101, respectivamente. Mesmo diante da falta de equipe e espaço físico apropriado foram realizadas atividades de educação em saúde em forma de palestras educativas, na escola localizada no bairro, incentivando os usuários hipertensos e/ou diabéticos a manterem uma dieta saudável bem como sobre a importância da realização de atividade física regular.

Ao longo de toda a intervenção trabalhamos com agendamentos das consultas e a organização do serviço deu-se a partir do preenchimento das fichas-espelho dos usuários que foram avaliados pela médica especializanda e que a partir de agora poderão ser monitorados pela equipe. O processo de cadastramento de todos os usuários pertencentes à área de abrangência também

será realizado pelos ACS para conhecermos a população adstrita e podermos realizar o planejamento adequado das ações a serem desenvolvidas.

As obras das novas instalações ainda não foram concluídas e com isso não conseguimos oferecer à comunidade um espaço adequado para o atendimento. Ficamos muito longe do cumprimento das metas e objetivos propostos para serem alcançados durante o período da intervenção, mas com a continuidade das ações e com a equipe completa a comunidade poderá comparecer ao serviço, pois a equipe estará preparada para receber a todos oferecer-lhes uma atenção qualificada em todos os sentidos.

Aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que compareceram à unidade entregamos um cartão para realizarem o controle dos sinais vitais e dos níveis glicemia, no caso dos diabéticos. Durante o período de intervenção cadastramos e avaliamos um total de 25,8% (106) de hipertensos e 21,8% (22) de diabéticos. Os percentuais ficaram muito abaixo do planejado, mas informamos à comunidade que daremos continuidade ao desenvolvimento de todas as ações para alcançar a população total de hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade São José.

Solicitamos aos usuários que mantenham controle de suas patologias por meio da realização dos exames complementares, pois muitos não os tem realizado. Sabemos da dificuldade para o agendamento e realização dos mesmos, mas destacamos a relevância de manter em dia os exames para um efetivo monitoramento.

Continuaremos a realizar visitas domiciliares a fim de conscientizar a todos os usuários da unidade sobre a importância de manterem-se em acompanhamento no serviço e informamos que os agendamentos estão sempre abertos para o dia e horário mais adequado para cada um.

Os medicamentos para o tratamento foram e continuam sendo fornecidos pela farmácia popular de acordo com a necessidade de cada usuário, apenas alguns medicamentos não se encontram disponíveis na rede básica, como por exemplo, a medicação cardiológica que procuraremos junto à gestão uma forma de disponibilizá-los também dentro das possibilidades do município.

As ações relacionadas à saúde bucal não foram possíveis de serem realizadas, pois em nosso bairro há apenas um ônibus que oferece atendimento

uma vez por semana para a população de toda a cidade. Sabemos da necessidade de um odontólogo no serviço. Convidamos a comunidade para solicitar junto à gestão a possibilidade disto se tornar uma realidade em nosso serviço.

Manteremos uma reunião semanal com a equipe e constante capacitação dos ACS e demais membros da equipe para a conservação de um atendimento de qualidade a toda a comunidade. O trabalho iniciado com a intervenção será continuado na Unidade para poder monitorar os usuários hipertensos e/ou diabéticos oferecendo-lhes qualidade de vida. Convidamos a toda comunidade a assumir conosco a manutenção deste trabalho para que todos possam ter uma saúde de qualidade.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade São José, Arroio Grande/RS

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O processo de aprendizagem ao longo do curso a cada dia tornou-se mais produtivo, permitindo alcançar resultados mais favoráveis como despertar o interesse nos usuários em manter o controle adequado de suas patologias e, em nosso caso particular, o início do trabalho em nível de estratégia de saúde da família implantado na policlínica possibilitou colocar em prática as atividades de promoção e prevenção à saúde.

Também a interação com os demais colegas do curso possibilitou o compartilhamento de experiências de trabalho contribuindo para a prática diária de nossa equipe. Isto foi muito importante porque tive a oportunidade de conhecer a realidade e a forma de trabalho de outras equipes e com isso pude aproveitar os bons exemplos para adequar à minha realidade e rever outros pontos importantes que algumas vezes julguei necessário melhorar para evitar equívocos. Ademais, o convívio no curso favoreceu um constante intercâmbio de conhecimentos fundamentais para o dia a dia de nosso trabalho.

A resolução dos casos interativos e a realização dos estudos de prática clínica disponibilizados pelo curso permitiram a atualização constante de nosso aprendizado já que a medicina, como outras ciências, encontra-se em constantes mudanças e novos tratamentos surgem bem como novas metodologias de trabalho sendo de grande relevância renovar o conhecimento já adquirido.

As orientações em cada tarefa também contribuíram para nossa organização quanto ao cumprimento das metas propostas já que em todos os municípios não se trabalha do mesmo modo e, assim as orientações são sempre necessárias para tomar o caminho correto para alcançar as metas propostas e corrigindo os possíveis erros.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

ALFRADIQUE, Maria Elmira; BONOLO, Palmira de Fátima; DOURADO, Inês; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling; *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

## **Apêndices**



## Apêndice A – Cartão controle

[illegible]




Nome:.....

Data Nascimento:...../...../.....

Antecedentes Mórbitos:.....

Ocupação Profissional:.....

Medicamento Usado:.....



**ORIENTAÇÕES:**

- 1) Usar o medicamento conforme prescrição médica
- 2) Evitar o sal ou açúcar.
- 3) Usar dieta leve em gordura.
- 4) Controlar o peso.
- 5) Realizar caminhadas.
- 6) Controlar periodicamente a pressão e, ou glicose.
- 7) Evitar o stress, manter a calma.
- 8) Participar dos grupos de hipertensos e diabéticos.
- 9) Evitar fumar e beber.
- 10) Qualquer alteração, procurar assistência médica adequada acompanhado de seu folheto de controle da pressão arterial e glicose.

## **Anexos**

**Anexo A – Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B – Planilha de coleta de dados

[illegible]

## Anexo C – Ficha espelho

[illegible][illegible]

## **Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante